

# DOSSIER INSCRIPTION

**NOM:**

**GRADE :**

**PRENOM:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**AGE:**

**ADRESSE:**

**Numéro Tél Dom :**

**Numéro Tél Port :**

**Mail :**

**REGLEMENT COTISATION/LICENCE**

**REGLEMENT TOTAL:**

**Cotisation: 165 euros + licence 37 euros**

**POSSIBILITE REGLEMENT ECHELONNE**

<b>LICENCE</b>	
<b>COTISATION</b>	
<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>	
<b>PASSEPORT</b>	